

- () **Plano GEAPSaúde II** () **Plano GEAP-Referência** () **Plano GEAPEssencial** () **Plano GEAPClássico**
Registro ANS nº 458.004/08-4 Registro ANS nº 455.830/07-8 Registro ANS nº 455.835/07-9 Registro ANS nº 456.093/07-1
- () **Plano GEAP Saúde Vida** () **Plano GEAP Referência Vida** () **Plano GEAP Para Você - AM**
Registro ANS nº 473.881/15-1 Registro ANS nº 473.880/15-2 Registro ANS nº 479.209/17-2
- () **Plano GEAP Para Você - DF** () **Plano GEAP Para Você - ES** () **Plano GEAP Para Você - PE**
Registro ANS nº 479.208/17-4 Registro ANS nº 479.207/17-6 Registro ANS nº 479.210/17-6
- () **Plano GEAP Para Você - SC**
Registro ANS nº 479.206/17-8

1. TITULAR

Eu, _____
solicito à GEAP Autogestão em Saúde o retorno ao Plano _____, do(s)
beneficiário(s): Titular, Dependente, Beneficiário(a) Familiar, estando ciente das regras específicas da condição de retorno que se enquadrar(em).

2. DEPENDENTES

(*) Preenchimento obrigatório, com dados próprios do beneficiário.

(**) Preenchimento para nascido a partir de 01/01/2010.

(***) Preenchimento não obrigatório, utilizado para os casos de beneficiário recém-nascido com pai beneficiário de plano GEAP, para efeitos de obtenção da isenção do cumprimento dos períodos de carência nos primeiros 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

- () **Plano GEAPSaúde II** () **Plano GEAP-Referência** () **Plano GEAPEssencial** () **Plano GEAPClássico**
Registro ANS nº 458.004/08-4 Registro ANS nº 455.830/07-8 Registro ANS nº 455.835/07-9 Registro ANS nº 456.093/07-1
- () **Plano GEAP Saúde Vida** () **Plano GEAP Referência Vida** () **Plano GEAP Para Você - AM**
Registro ANS nº 473.881/15-1 Registro ANS nº 473.880/15-2 Registro ANS nº 479.209/17-2
- () **Plano GEAP Para Você - DF** () **Plano GEAP Para Você - ES** () **Plano GEAP Para Você - PE**
Registro ANS nº 479.208/17-4 Registro ANS nº 479.207/17-6 Registro ANS nº 479.210/17-6
- () **Plano GEAP Para Você - SC**
Registro ANS nº 479.206/17-8

Seq.	Nome		
Data de Nasc.	/ /	Vínculo	
Nome da mãe			
Nome do pai (***)			
CPF (*)	RG nº (*)	Órgão Expedidor (*)	Data de Emissão / /
CNS	Estado Civil	Sexo: Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	Situação Normal <input type="checkbox"/> Inválido <input type="checkbox"/>
Raça: Amarelo(a) <input type="checkbox"/> Branco(a) <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Pardo(a) <input type="checkbox"/> Preto(a) <input type="checkbox"/>			
Possui Deficiência Física? () Sim () Não () Não declarado			
Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): () deficiência visual () deficiência auditiva () deficiência de locomoção/motora () deficiência intelectual			

Declaração de nascido vivo nº (**)			
Endereço			Repetir do Titular <input type="checkbox"/>
Bairro	Cidade	UF	CEP
Tel. Res.: ()	Tel. Com.: ()	Celular: ()	
E-mail			

<input type="checkbox"/> Plano GEAPSaúde II <small>Registro ANS nº458.004/08-4</small>	<input type="checkbox"/> Plano GEAP-Referência <small>Registro ANS nº 455.830/07-8</small>	<input type="checkbox"/> Plano GEAPEssencial <small>Registro ANS nº 455.835/07-9</small>	<input type="checkbox"/> Plano GEAPClássico <small>Registro ANS nº 456.093/07-1</small>
<input type="checkbox"/> Plano GEAP Saúde Vida <small>Registro ANS nº473.881/15-1</small>	<input type="checkbox"/> Plano GEAP Referência Vida <small>Registro ANS nº473.880/15-2</small>	<input type="checkbox"/> Plano GEAP Para Você - AM <small>Registro ANS nº479.209/17-2</small>	
<input type="checkbox"/> Plano GEAP Para Você - DF <small>Registro ANS nº 479.208/17-4</small>	<input type="checkbox"/> Plano GEAP Para Você - ES <small>Registro ANS nº 479.207/17-6</small>	<input type="checkbox"/> Plano GEAP Para Você - PE <small>Registro ANS nº479.210/17-6</small>	
<input type="checkbox"/> Plano GEAP Para Você - SC <small>Registro ANS nº479.206/17-8</small>			

Seq.	Nome		
Data de Nasc. / /	Vínculo		
Nome da mãe			
Nome do pai (***)			
CPF (*)	RG nº (*)	Órgão Expedidor (*)	Data de Emissão / /
CNS	Estado Civil	Sexo: Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	Situação Normal <input type="checkbox"/> Inválido <input type="checkbox"/>
Raça: Amarelo(a) <input type="checkbox"/> Branco(a) <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Pardo(a) <input type="checkbox"/> Preto(a) <input type="checkbox"/>			
Possui Deficiência Física? () Sim () Não () Não declarado			
Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): () deficiência visual () deficiência auditiva () deficiência de locomoção/motora () deficiência intelectual			
Declaração de nascido vivo nº (**)			
Endereço			Repetir do Titular <input type="checkbox"/>
Bairro	Cidade	UF	CEP
Tel. Res.: ()	Tel. Com.: ()	Celular: ()	
E-mail			

<input type="checkbox"/> Plano GEAPSaúde II <small>Registro ANS nº458.004/08-4</small>	<input type="checkbox"/> Plano GEAP-Referência <small>Registro ANS nº 455.830/07-8</small>	<input type="checkbox"/> Plano GEAPEssencial <small>Registro ANS nº 455.835/07-9</small>	<input type="checkbox"/> Plano GEAPClássico <small>Registro ANS nº 456.093/07-1</small>
<input type="checkbox"/> Plano GEAP Saúde Vida <small>Registro ANS nº473.881/15-1</small>	<input type="checkbox"/> Plano GEAP Referência Vida <small>Registro ANS nº473.880/15-2</small>	<input type="checkbox"/> Plano GEAP Para Você - AM <small>Registro ANS nº479.209/17-2</small>	
<input type="checkbox"/> Plano GEAP Para Você - DF <small>Registro ANS nº 479.208/17-4</small>	<input type="checkbox"/> Plano GEAP Para Você - ES <small>Registro ANS nº 479.207/17-6</small>	<input type="checkbox"/> Plano GEAP Para Você - PE <small>Registro ANS nº479.210/17-6</small>	
<input type="checkbox"/> Plano GEAP Para Você - SC <small>Registro ANS nº479.206/17-8</small>			

Seq.	Nome		
Data de Nasc. / /	Vínculo		

Nome da mãe			
Nome do pai (***)			
CPF (*)	RG nº (*)	Órgão Expedidor (*)	Data de Emissão / /
CNS	Estado Civil	Sexo: Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	Situação Normal <input type="checkbox"/> Inválido <input type="checkbox"/>
Raça: Amarelo(a) <input type="checkbox"/> Branco(a) <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Pardo(a) <input type="checkbox"/> Preto(a) <input type="checkbox"/>			
Possui Deficiência Física? () Sim () Não () Não declarado			
Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): () deficiência visual () deficiência auditiva () deficiência de locomoção/motora () deficiência intelectual			
Declaração de nascido vivo nº (**)			
Endereço			Repetir do Titular <input type="checkbox"/>
Bairro	Cidade	UF	CEP
Tel. Res.: ()	Tel. Com.: ()	Celular: ()	
E-mail			

3. GRUPO FAMILIAR

Campos destinados somente para os planos GEAPClássico, GEAPEssencial, GEAP-Referência, GEAP Saúde Vida, GEAP Referência Vida, GEAP Para Você – AM, GEAP Para Você – DF, GEAP Para Você – ES, GEAP Para Você – PE, GEAP Para Você – SC

(*) Preenchimento obrigatório, com dados próprios do beneficiário.

(**) Preenchimento para nascido a partir de 01/01/2010.

(***) Preenchimento não obrigatório, utilizado para os casos de beneficiário recém-nascido com pai beneficiário de plano GEAP, para efeitos de obtenção da isenção do cumprimento dos períodos de carência nos primeiros 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

() Plano GEAPSaúde II Registro ANS nº458.004/08-4	() Plano GEAP-Referência Registro ANS nº 455.830/07-8	() Plano GEAPEssencial Registro ANS nº 455.835/07-9	() Plano GEAPClássico Registro ANS nº 456.093/07-1
() Plano GEAP Saúde Vida Registro ANS nº473.881/15-1	() Plano GEAP Referência Vida Registro ANS nº473.880/15-2	() Plano GEAP Para Você - AM Registro ANS nº479.209/17-2	
() Plano GEAP Para Você - DF Registro ANS nº 479.208/17-4	() Plano GEAP Para Você - ES Registro ANS nº 479.207/17-6	() Plano GEAP Para Você - PE Registro ANS nº479.210/17-6	
() Plano GEAP Para Você - SC Registro ANS nº479.206/17-8			

Inscrição:	Nome		
Data de Nasc. / /	Vínculo		
Nome da mãe			
Nome do pai (***)			
CPF (*)	RG nº (*)	Órgão Expedidor (*)	Data de Emissão / /
CNS	Estado Civil	Sexo: Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	PIS/PASEP
Raça: Amarelo(a) <input type="checkbox"/> Branco(a) <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Pardo(a) <input type="checkbox"/> Preto(a) <input type="checkbox"/>			
Possui Deficiência Física? () Sim () Não () Não declarado			
Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): () deficiência visual () deficiência auditiva () deficiência de locomoção/motora () deficiência intelectual			

Declaração de nascido vivo nº (**)			
Endereço			Repetir do Titular <input type="checkbox"/>
Bairro	Cidade	UF	CEP
Tel. Res.: ()	Tel. Com.: ()	Celular: ()	
E-mail			
Autoriza o envio de SMS? () Sim () Não		Autoriza o envio de e-mail marketing? () Sim () Não	

<input type="checkbox"/> Plano GEAPSaúde II <small>Registro ANS nº458.004/08-4</small>	<input type="checkbox"/> Plano GEAP-Referência <small>Registro ANS nº 455.830/07-8</small>	<input type="checkbox"/> Plano GEAPEssencial <small>Registro ANS nº 455.835/07-9</small>	<input type="checkbox"/> Plano GEAPClássico <small>Registro ANS nº 456.093/07-1</small>
<input type="checkbox"/> Plano GEAP Saúde Vida <small>Registro ANS nº473.881/15-1</small>	<input type="checkbox"/> Plano GEAP Referência Vida <small>Registro ANS nº473.880/15-2</small>	<input type="checkbox"/> Plano GEAP Para Você - AM <small>Registro ANS nº479.209/17-2</small>	
<input type="checkbox"/> Plano GEAP Para Você - DF <small>Registro ANS nº 479.208/17-4</small>	<input type="checkbox"/> Plano GEAP Para Você - ES <small>Registro ANS nº 479.207/17-6</small>	<input type="checkbox"/> Plano GEAP Para Você - PE <small>Registro ANS nº479.210/17-6</small>	
<input type="checkbox"/> Plano GEAP Para Você - SC <small>Registro ANS nº479.206/17-8</small>			

Inscrição:		Nome	
Data de Nasc. / /		Vínculo	
Nome da mãe			
Nome do pai (***)			
CPF (*)	RG nº (*)	Órgão Expedidor (*)	Data de Emissão / /
CNS	Estado Civil	Sexo: Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	PIS/PASEP
Raça: Amarelo(a) <input type="checkbox"/> Branco(a) <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Pardo(a) <input type="checkbox"/> Preto(a) <input type="checkbox"/>			
Possui Deficiência Física? () Sim () Não () Não declarado			
Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): () deficiência visual () deficiência auditiva () deficiência de locomoção/motora () deficiência intelectual			
Declaração de nascido vivo nº (**)			
Endereço			Repetir do Titular <input type="checkbox"/>
Bairro	Cidade	UF	CEP

Obs.: Se necessário, utilize o verso do formulário para complementar a lista de Dependentes/Grupo Familiar.

Condição de Retorno:	Resumo
<input type="checkbox"/> REINGRESSO	<p>1 – O plano autoriza o reingresso do titular e seus beneficiários, nas condições estabelecidas no Regulamento do plano, que declaro estar ciente neste ato.</p> <p>2 – Não poderão reingressar no plano:</p> <p>I - o beneficiário cuja inscrição tenha sido cancelada por uso indevido;</p> <p>II - o Titular que tenha sido demitido ou cujo contrato de trabalho tiver sido rescindido por justa causa.</p> <p>3 – Considera-se reingresso o retorno do beneficiário ao plano, desde que não esteja enquadrado ou não opte pela situação de REGULARIZAÇÃO, observando-se também o disposto nos itens 1 e 2 acima.</p> <p>4 – Será computada a contagem de 1 (um) quantitativo de cancelamento a cada REINGRESSO, considerando o motivo do cancelamento definido no normativo do plano.</p> <p>5 – Os REINGRESSOS poderão ser precedidos do cumprimento de novos períodos de carências, conforme o disposto no regulamento do plano.</p> <p>6 – Tendo havido utilização dos serviços por parte dos beneficiários durante o período em que estiveram cancelados, o uso será considerado indevido sendo seu valor cobrado integralmente.</p>

<input type="checkbox"/> REGULARIZAÇÃO	<p>1 – Considera-se regularização, o retorno do beneficiário ao plano na mesma condição em que se encontrava até a ocorrência do cancelamento, enquadrando-se nesta situação, aqueles que retornarem no prazo máximo de 60 dias do cancelamento, desde que as contribuições mensais, bem como os <i>per capita</i>s vencidos, não se configurando valores pendentes para pagamento até a data do retorno.</p> <p>2 – Não será permitida a REGULARIZAÇÃO da inscrição após o prazo de 60 dias do cancelamento, nem o pagamento das competências às quais o(s) beneficiário(s) permaneceram sem direito de uso, enquadrando-se, no caso, na situação de REINGRESSO.</p>
--	--

Para o RETORNO da inscrição é obrigatória a autorização de inscrição pela patrocinadora/conveniada no verso deste formulário, em se tratando de pensionista, titular e dependentes. Caso a patrocinadora/conveniada não se disponha a pagar os *per capita*s em atraso, eu, signatário desta, me comprometo a assumir os valores de *per capita*s em aberto.

Estou ciente que mantereirei o meu endereço e de meus dependentes e beneficiários do grupo familiar sempre atualizado junto a GEAP Autogestão em Saúde.

Obs: Mais detalhes sobre regras de Regularização/Reingresso e carências podem ser obtidos junto ao SAC 0800 728 8300, ou através da Gerência Regional da GEAP Autogestão em Saúde.

_____ Titular	_____, _____ de _____ de _____ Assinatura do funcionário da GEAP Autogestão em Saúde
------------------	--

4. CONSENTIMENTO DO (A) TITULAR

Autorizo o (a) Sr. (a) _____, portador	
(a) da Identidade nº _____, CPF: _____, residente à _____	
_____ na cidade de _____	
_____, UF: _____, telefone: (____) _____, e-mail: _____	
_____, a obter informações acerca de qualquer aspecto	
relacionado o plano de saúde no qual estou inscrito.	
Local _____	Data _____ / _____ / _____
	Assinatura do Titular _____

AUTORIZAÇÃO DA PATROCINADORA/CONVENIADA

Autorizo o retorno do(a) servidor(a) e/ou do(s) seu(s) dependente(s) informado(s) no anverso deste formulário, em virtude do cancelamento ocorrido em _____ / _____ / _____ .

_____, _____ de _____ de _____ .

Assinatura e carimbo do autorizador da
patrocinadora/conveniada

Em se tratando de REGULARIZAÇÃO em virtude da suspensão do pagamento da contribuição mensal do(s) *percapita(s)* no(s) mês(es) de _____ / _____, _____ / _____ em que o(a) servidor(a) _____ e seu(s) dependentes esteve/estiveram cancelados no plano, autorizo a GEAP Autogestão em Saúde a incluir na próxima fatura o(s) valor(es) referente(s) ao(s) per capita(s) citado(s).

_____, _____ de _____ de _____ .

Assinatura e carimbo do autorizador da
patrocinadora/conveniada



www.geap.com.br

Bradesco Vida e Previdência S.A. – Código 686-6 Av. Alphaville, 779, Empresarial 18 do Forte, CEP 06472-900 Barueri-SP CNPJ: 51.990.695/0001-37 Processo SUSEP N° 15414.002515/2009-04	Apólice n° 500.014	() Alteração – Endosso n° () (X) Apólice Nova
--	-------------------------------------	---

ESTIPULANTE GEAP AUTOGESTÃO EM SAÚDE	CNPJ 03.658.432/0001-82
---	--

SUBESTIPULANTE(S)	CNPJ(s)
--------------------------	----------------

DADOS DO PROPONENTE

Nome			CPF
Data de Nascimento	Sexo	Estado Civil	RG
Salário	Matrícula	Data de Admissão	Cargo/Função
Endereço Completo			Bairro
CEP	Cidade	UF	Capital Segurado
			Prêmio

VIGÊNCIA

Início: 24 horas da data de recepção desta Proposta pela Seguradora, desde que seja aceita.
Término: 31/07/2018 ou às 24 horas do dia do término do vínculo do Segurado com o Estipulante ou, ainda, do dia da solicitação de exclusão do Seguro a pedido do Segurado, se anterior ao término de vigência da Apólice.

COBERTURA(S)	TAXA(S) DO SEGURO	CAPITAL(IS) SEGURADO(S)
Morte	2,0365%	Uniforme de R\$ 6.000,00

Este valor será destinado à quitação de 3 mensalidades do plano de saúde do segurado para o estipulante, limitado ao máximo de R\$ 1.500,00 por mensalidade. O Capital Segurado remanescente será pago aos beneficiários designados pelo segurado.

A taxa do seguro será aplicada sobre o Capital Segurado Individual.

O prêmio será obtido por meio da multiplicação da taxa do seguro pelo Capital Segurado da Cobertura de Referência.

ATUALIZAÇÃO DE VALORES

Os prêmios e capitais segurados serão atualizados anualmente pelo mesmo percentual do dissídio coletivo da categoria profissional vinculada ao Estipulante, ou conforme estabelecido nas Condições Contratuais.

Forma de Custeio NÃO CONTRIBUTÁRIO	Critério de Custeio 100% Estipulante 0% Segurado	Excedente Técnico 40% , conforme Condições Contratuais da Apólice.	Remuneração do Estipulante 0%
--	--	--	---

NOME DO(S) BENEFICIÁRIO(S) INDICADO(S)*	PARENTESCO	% PARTICIPAÇÃO

*Na falta de indicação expressa de beneficiários ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

Pela presente autorizo a minha inclusão na apólice de Seguro de Pessoas – Coletivo contratada pelo Estipulante acima, a quem concedo o direito de agir em meu nome no cumprimento de todas as obrigações estabelecidas nas Condições Gerais e Especiais da referida Apólice. Assumo a responsabilidade por todas as informações prestadas e declarações feitas nesta proposta e as que não sejam do meu próprio punho que coincidam com as da cópia em meu poder. Declaro ter ciência de que:

1. A aceitação do seguro estará sujeita a análise do risco.

2. Este seguro é por prazo determinado tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

3. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

4. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

5. Se o Segurado, seu representante ou corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

6. As condições contratuais deste produto protocolizadas pela Sociedade junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da proposta de adesão.

7. Na ocorrência de sinistro a comunicação poderá ser realizada mediante preenchimento do formulário “Comunique um Sinistro de Vida” disponível no site <http://www.bradescoseguros.com.br/wps/portal/TransforDigital/Site/Atendimento/ComuniqueUmSinistro/>, ou através da Central de Atendimento de Sinistros 4004 2794 (Capitais e Regiões Metropolitanas) ou 0800 701 2794 (Demais Regiões).

8. Declaro que recebi e tenho conhecimento do inteiro teor das Condições Contratuais e Gerais deste seguro, às quais estou de pleno acordo. Estou ciente de que as Condições Gerais permanecem disponíveis a qualquer tempo, no site www.bradescoseguros.com.br e uma via impressa desses documentos pode ser solicitada à Central de Atendimento para envio pelo correio no endereço indicado nesta Proposta.

A DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE (ABAIXO) DEVE SER PREENCHIDA DE PRÓPRIO PUNHO, EM TODOS OS CAMPOS, PELO PROPONENTE.

1. Encontra-se em plena atividade de trabalho? Se não, justifique.

PROPONENTE:

2. Sofre atualmente ou sofreu nos últimos cinco anos de alguma moléstia que o tenha obrigado a consultar médicos, hospitalizar-se ou submeter-se a intervenções cirúrgicas? Especifique detalhes da doença e/ou acidente, da cirurgia e quando ocorreu.

PROPONENTE:

3. Possui deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Especifique detalhes, inclusive grau de deficiência.

PROPONENTE:

4. Fez ou faz uso de medicamentos em geral de forma rotineira? Em caso positivo, esclareça quais medicamentos e os motivos.

PROPONENTE:

Data	Assinatura do Proponente
------	--------------------------

INSTRUÇÕES AO ESTIPULANTE

Somente poderão ser incluídas neste Seguro, pessoas que estejam em perfeitas condições de saúde e em plena atividade profissional. Caso o Proponente declare acima alguma ressalva em relação ao seu estado de saúde ou de seu cônjuge, encaminhar com urgência a presente proposta de adesão para análise da Seguradora.

Central de Relacionamento Consultas, Informações e Serviços Transacionais. Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004 2704 Demais Localidades: 0800 701 2714 Das 08h às 20h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.	SAC: 0800 721 1144 Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 701 2778 Reclamações, Cancelamentos e Informações Gerais, Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
--	--

Ouvidoria: 0800 701 7000 – Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, contate a Ouvidoria, das 08h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.